

## Befragungsbogen - Refraktive Chirurgie

Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Operation ist eine sorgfältige und präzise Voruntersuchung. Für den langfristigen Seh-Erfolg ist aber auch Ihre Mitarbeit erforderlich. Je mehr wir über Ihre persönlichen Sehgewohnheiten und Wünsche erfahren, desto individueller können wir Sie beraten.

---

**Name, Vorname**

---

**Alter**

---

**Welchen Beruf üben Sie aus/ haben früher ausgeübt?**

**Sind/Waren Sie im folgenden Berufen tätig?**

- Feuerwehrmann/-frau       Polizist/in       Pilot/in  
 Güter-/Personenverkehrsfahrer/in       Zollbeamter/Zollbeamtin

---

**Welche Freizeit/Interessen haben Sie?**

**Fahren Sie häufig Auto?**       Ja       Nein  
Wenn ja, auch in der Dämmerung/ Dunkelheit?       Ja       Nein

**Fühlen Sie sich nachts geblendet?**       Ja       Nein

**Arbeiten Sie täglich mehr als 3 Stunden am Computer?**       Ja       Nein

**Hatten Sie in der Vergangenheit Doppelbilder, haben Sie geschielt, oder wurde ein Ausgleich mit Prismen, oder Prismen Folie vorgenommen?**

Ja       Nein

**Sind Sie Kontaktlinsenträger/in?**       Ja       Nein

**Wenn ja, bitte vor der Beratungstermin/ Voruntersuchung weiche Kontaktlinsen eine Woche, harte Kontaktlinsen zwei Wochen und Ortho-K-Linsen (Nachtlinsen) drei Monate vorher nicht tragen.**

*Datum/Unterschrift Patient:* \_\_\_\_\_